

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1939

THÈSE

N°
211

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Pierre GARRIGOUX

Né le 28 Mars 1910, à CARCASSONNE (Aude)

Considérations
sur la
tuberculose primitive
du col de l'utérus

Président : MONDOR, professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1939
—

THÈSE

N°
—

POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Pierre GARRIGOUX

Né le 28 Mars 1910, à CARCASSONNE (Aude)

Considérations
sur la
tuberculose primitive
du col de l'utérus

Président : MONDOR, professeur

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

—
1939

I. — Professeurs

Anatomie	
Physiologie	
Physique médicale	
Chimie médicale	
Bactériologie	
Parasitologie et histoire naturelle médicale	
Pathologie médicale et générale	
Pathologie médicale	
Pathologie chirurgicale	
Anatomie pathologique	
Histologie	
Pharmacologie et matière médicale	
Thérapeutique	
Hygiène et médecine préventive	
Médecine légale	
Histoire de la médecine et de la chirurgie	
Pathologie expérimentale et comparée	
Hydrologie thérapeutique et climatologie	
Clinique médicale	
Hygiène et clinique de la première enfance	
Clinique des maladies des enfants	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	
Clinique des maladies du système nerveux	
Clinique des maladies infectieuses	
Clinique chirurgicale	
Clinique ophtalmologique	
Clinique urologique	
Clinique d'accouchements	
Clinique gynécologique	
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	
Clinique thérapeutique médicale	
Clinique oto-rhino-laryngologique	
Clinique thérapeutique chirurgicale	
Clinique propédeutique	
Clinique de la Tuberculose	
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	
Clinique de neuro-chirurgie	
Clinique cardiologie	
Assistance médico-sociale	

Professeurs sans chaire



MM.
 ROUVIERE.
 Léon BINET.
 STROHL.
 POLONOVSKI.
 Robert DEBRE.
 BRUMPT.
 BAUDOUIN.
 ABRAMI.
 MONDOR.
 LEROUX.
 CHAMPY.
 TIFFENEAU.
 HARVIER.
 TANON.
 BALTHAZARD.
 LAIGNEL-
 LAVASTINE
 FIESSINGER.
 CHIRAY.
 LOEPER.
 CARNOT.
 Marcel LABBE
 CLERC.
 LEREBOULET.
 NOBECOURT.
 H. CLAUDE.
 GOUGEROT.
 GUILLAIN.
 LEMIERRE.
 CUNEO.
 GOSSET.
 GREGOIRE.
 LENORMANT.
 TERRIEN.
 CHEVASSU.
 LEVY-SOLAL.
 COUVELAIRE.
 JEANNIN.
 MOCQUOT.
 OMBREDANNE.
 RATHERY.
 LEMAITRE.
 Pierre DUVAL.
 VILLARET.
 TROISIER.....
 MATHIEU.
 Clovis VINCENT.
 LAUBRY.
 N...
 HAZARD.
 HOVELACQUE.
 MULON.
 OLIVIER.
 SANNIE.
 VERNE.

II. — Agrégés en exercice

MM.		
AMELINE	Pathologie	chirurgicale.
BARIETY	Pathologie	médicale.
FENARD Henri	Pathologie	médicale.
BERNARD Et. .	Pathologie	médicale.
BESANÇON (J.)	Hydrologie.	
BOULIN	Pathologie	médicale.
BULLIARD	Histologie.	
CATHALA	Pathologie	médicale.
COSTE	Pathologie	médicale.
CHEVALLIER .	Pathologie	médicale.
DOGNON	Physique.	
FUNCK-		
BENTANO	Pathologie	chirurgicale.
FEY	Urologie.	
GAILLARD	Parasitologie.	
GASTINEL	Bactériologie.	

MM.	
DE GAUDART	
D'ALLAINES ..	Pathologie chirurgicale.
GAYET	Physiologie.
DE GENNES ...	Pathologie médicale.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie
HUGUENIN	Anatomie pathologique.
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOUL ..	Obstétrique.
LAROCHE Guy .	Pathologie médicale.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.

EXEMPLAIRE DE LA BIBLIOTHEQUE

MM.

LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LEVY (M^{re} J.) Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MENEGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-
 DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.

PIEDELIEVRE.. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD..... Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-
 BERT Physiologie.
 HEITZ-BOYER.. Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS .. Pathologie chirurgicale.
 NEVEU-
 LEMAIRE.. Parasitologie.
 LE LORIER ... Obstétrique.
 SCHWARTZ ... Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL ... Obstétrique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.

ALAJOUANINE..
 AUBERTIN
 BRULE
 CPABROL
 DONZELOT ...
 DUVOIR
 LIAN
 PASTEUR-VAL-
 LERY-RADOT..
 SEZARY
 } Clinique médicale.

MM.

BASSET
 BROCC
 CADENAT
 GATELLIER ...
 MOURE
 QUENU
 VELTER
 } Clinique chirurgicale
 ECALLE
 METZGER
 } Clinique obstétricale

V. — Chargés de cours

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé Education physique.
 LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique.
 RUPPE Stomatologie.
 WEILL-HALLE Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MON PERE

A MA MERE

En témoignage de ma profonde
affection et de ma reconnaissance.

A MES SŒURS

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MONDOR

*Professeur de Pathologie Chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien de l'Hôpital Bichat
Officier de la Légion d'Honneur*

Qui nous a fait le grand hon-
neur d'accepter la présidence de
cette thèse.

Hommage respectueux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BACONNET

Qui nous a inspiré le sujet de
cette thèse et nous a prodigué ses
précieux conseils au cours de son
élaboration.

Témoignage de notre vive re-
connaissance.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

A MES MAÎTRES
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Considérations sur la tuberculose primitive du col de l'utérus

La rareté de la tuberculose primitive du col utérin et le petit nombre d'observations contenues dans la littérature est due très probablement au fait qu'elle est le plus souvent méconnue.

Parmi la centaine de cas de tuberculose du col qu'il est possible de relever à l'heure actuelle dans les publications françaises ou étrangères, un très petit nombre se rapporte à la tuberculose primitive et isolée de cet organe.

L'intérêt de cette forme est pourtant certain; il réside non seulement dans la difficulté de son diagnostic, qui la fait confondre bien souvent avec une lésion bénigne métritique ou avec une lésion grave comme un épithélioma, mais aussi dans le traitement qui doit être appliqué sans retard et qui peut être, en cas d'erreur de diagnostic, soit insuffisant, soit exagérément mutilant.

La tuberculose primitive du col est une grande simulatrice et sans le réflexe biopsique que tout gynécologue doit avoir en présence d'une lésion cervicale tant soit peu anormale, elle risque le plus souvent d'être confondue avec des lésions dont la fréquence bien plus grande contribue à faire rejeter par le clinicien un diagnostic d'exception.

HISTORIQUE

Depuis les observations de RAYMOND (1831) et le premier cas vérifié histologiquement par CORNIL en 1879, de nombreux auteurs s'attachèrent à l'étude de la tuberculose du col utérin.

LISFRANC en parle dans ses cliniques de la Pitié, KLOBT, puis BROUARDEL dans sa thèse la considèrent comme exceptionnelle.

BEJEA en publie 69 observations : 22 observations cliniques, 30 trouvailles d'autopsie, 45 cas observés pendant la vie et vérifiés *post-mortem*.

VERNEUIL, avec son élève VERCHÈRE qui consacra sa thèse aux « Portes d'entrée de la tuberculose », posent nettement la question de la tuberculose primitive et de sa pathogénie. Puis ce sont les travaux de POLOSSON et VIOLET; la thèse de LANNES-DEHORE à Lyon; les études de BROUHA, de DELETREZ, de CHATON, de DESPLATS, de RICHELLOT, la thèse de CROLL, pour ne citer que les principaux (1).

Ces différents travaux englobent d'ailleurs le plus

(1) Pour la bibliographie, voir travaux de CHATON (*Rev. de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1908) et de DESPLATS (*Archives mensuelles d'Obstétrique et de Gynécologie*, oct. 1912).

souvent la tuberculose primitive ou isolée du col et la tuberculose secondaire ou consécutive à d'autres lésions tuberculeuses soit des organes génitaux, soit d'organes éloignés. Seules un petit nombre d'observations concernent la tuberculose primitive du col utérin; ce sont exclusivement celles que nous allons étudier.

OBSERVATIONS

Nous allons rapporter ici les observations connues de tuberculose primitive du col pour en tirer ensuite les conclusions qui en découlent.

I. — CAS DE KAUFFMAN

(*Zeitschrift für Geb. und Gyn.*, 1897)

Femme de 72 ans. Museau de tanche atrophié, portion sus-vaginale épaissie. La section de cette portion montre une cavité tapissée de granulations de dimensions variables. Paroi lisse, mais dure. Ces altérations occupent la muqueuse du col dans toute son étendue jusqu'à l'orifice utérin. Celui-ci était obstrué dans toute son étendue par une vésicule de la grosseur d'un pois renfermant un magma ressemblant à du mastic. On pense à un cancer; l'histologie montre qu'il s'agit de tuberculose. Aucun autre foyer tuberculeux : trompes, ovaires exempts de lésions tuberculeuses. Au microscope : tubercules, cellules géantes, bacilles de Koch.

II. — CAS DE MICHAELIS

(*Beitrag für Geb. und Gyn.*)

33 ans, mariée, multipare; mère morte de tuber-

culose. Toujours bien portante, règles régulières depuis 17 ans; depuis deux mois devenues irrégulières, fréquentes, abondantes.

Bon état général, poumons sains.

A l'examen : orifice ulcéré sur l'étendue d'une pièce de 10 pfennings, friable; trompes et ligaments sains. Diagnostic de cancer et kyste; hystérectomie vaginale. Guérison.

Muqueuse cervicale recouverte de végétations papillaires touffues dans toute son étendue autour du col.

Tissu histologiquement tuberculeux, hypertrophie glandulaire.

III. — CAS DE BROUHA

(*Revue de Gynécologie*
et de Chirurgie abdominale, 1902)

41 ans. Hérité suspecte. Réglée à 16 ans et irrégulièrement. Pleurésie. Actuellement bon état général. Culs-de-sac empâtés et douloureux. Ulcération taillée à pic sur la portion droite de la lèvre antérieure du col, fond rouge.

B.K. dans la coupe. Hystérectomie abdominale totale.

Examen des pièces : ulcération du col en entonnoir.

Examen microscopique : 1° sur une coupe au niveau de la perte de substance infundibuliforme, dans la zone inflammatoire, on a deux sortes de groupements cellulaires : des nodules de cellules épithé-

liales et lymphoïdes, mais sans cellules géantes dans la zone entourant directement la perte de substance; quelques-uns de ces groupements paraissent en dégénérescence, dans la profondeur, c'est-à-dire vers la surface extrême de la paroi cervicale, au milieu du tissu précervical normal, des groupements de cellules géantes avec cellules épithéliales et lymphoïdes.

2° Muqueuse cervicale : lésions d'autant plus accentuées qu'on se rapproche de la perte de substance; dans le stroma, tubercules élémentaires appliqués contre les culs-de-sac glandulaires; glandes hypertrophiées et hyperplasiées, cellules glandulaires peu modifiées.

3° Coupes sur la portion périphérique du col : infiltration inflammatoire et groupement du type nodulaire sans cellules géantes.

IV. — CAS DE BROOK

(Revue de Gynécologie

et de Chirurgie abdominale, 1903)

50 ans, leucorrhée, douleur sacrée, amaigrissement. Règles irrégulières ces trois dernières années. Parents morts de phtisie. Rien aux poumons. Ulcération circulaire à bords déchiquetés de la lèvre antérieure, fond pâle. Utérus normal, pas d'adénopathie. Excision simple donne résultat non satisfaisant. Hystérectomie : utérus sain ainsi qu'ovaires. Tuberculose limitée au col et s'étendant à un pouce au-dessus du canal. Vérification histologique. Relèvement de l'état général.

V. — CAS DE GIGLIO

(*Annali di Ost. e Gyn. Milano*, anno 1925)

28 ans, leucorrhée, pesanteur dans le bas-ventre. Erosion à la surface du col, placards recouverts de bourgeons charnus saignants. Muqueuse du canal cervical hyperplasiée, molle et saignante. Utérus un peu gros, annexes libres. Rien dans les antécédents personnels et héréditaires. Diagnostic de cancer du col. Hystérectomie vaginale. Mort trois mois après par poussée de granulie.

Examen histologique : B.K. dans les zones d'hyperplasie les plus marquées, corps ronds avec débris granuleux dans le centre et noyaux à la périphérie, alors que dans d'autres préparations, cellules géantes contenant des bacilles.

VI. — CAS DE GLOCKNEN

(*Beitrag für Geb und Gyn.*, 1901)

20 ans, tuberculose du col à forme végétante papillaire ressemblant à un cancer. Le mari a le testicule et l'épididyme droit tuberculeux. Glocknen croit à une infection par coït. Guérison par hystérectomie vaginale.

VII. — CAS DE ZWEIGEL

(*Zentralblatt für Gynecologie*, 1890)

28 ans, antécédents tuberculeux. Diagnostic de cancer, forme ulcéreuse. Biopsie et diagnostic de lupus. Extension des lésions à la cavité utérine et hémorra-

gies qui nécessitent un curettage, puis hystérectomie. Trompes intactes. Réapparition inattendue à la troisième semaine de l'opération d'hémorragies. Existence dans la plaie d'un nouveau cratère de tissu gangréneux sale. L'ulcération est cautérisée, mais le pronostic reste réservé.

VIII — CAS DE BOUFFE

(d'après la *Thèse* de DERVILLE, résumée par CHATON)

36 ans. Antécédents héréditaires tuberculeux. Réglée à 16 ans. Mari présentant des noyaux de tuberculose dans l'épididyme. Il y a dix-huit mois, douleurs dans le ventre et dans les reins, écoulement de muco-sités épaisses mélangées de pus rosé. On constate sur le bord du col une ulcération occupant la lèvre postérieure, le fond est rose vif, les bords sont à pic, grisâtres, présentant une apparence cicatricielle. Bacilles dans le liquide qui s'en écoule. Amélioration par teinture d'iode et badigeonnages.

IX. — CAS DE RECLUS

(In *Thèse* DANNOIS, 1889)

30 ans, service de Richet. Fistule anale, aspect frêle. Muqueuse de la portion du col envahie par une véritable éruption, le col est un peu gros, mou, turgescent, parsemé de petites granulations, la plupart transparentes. On porte le diagnostic de tuberculose du col primitive. Guérison par thermo-cautérisation et teinture d'iode

X. — CAS DE POLOSSON

(*Revue de Gynécologie
et de Chirurgie abdominale*, 1906)

40 ans, célibataire et vierge, ayant présenté dans son enfance un mal de Pott. Mauvais état général, pertes. Col : orifice externe légèrement béant, dilatation de la cavité cervicale, remplie de glaires épaisses et parois présentant sur toute l'étendue de leur surface des saillies muqueuses. Utérus et annexes sains. Dilatation du col et curettage qui amène un paquet glaireux et un produit d'aspect framboisé constitué par des glandes hyperplasiées avec cellules géantes.

XI. — CAS DE VITRAC

(*Archives de Médecine expérimentale*, 1898)

21 ans. Antécédents tuberculeux. Douleurs dans le bas-ventre et pertes blanches; n'a été réglée que trois fois. Lésion localisée au niveau du col. Masse végétante du volume d'une noix, lèvre antérieure saine, lèvre postérieure bourgeonnante. Tumeur élastique. Vérification histologique : tuberculose. Hystérectomie vaginale, annexes saines. Recherche du B.K. et inoculation du col positives.

XII. — CAS DE FERARI

(*Annali di Ost. e Ginecologia*)

25 ans, nullipare, mariée. Champignon sur le col. Corps et annexes sains. Amputation haute. Bon état local et général. Vérification histologique.

XIII. — CAS DE LEWERS

*(The Journal of Obst. and Gyn.
of British Empire, juin 1902)*

Présenté comme un cas de tuberculose primitive, simulant un cancer. 36 ans, multipare. Depuis neuf mois écoulement vaginal fétide et sanguinolent; douleurs vagues dans le bas-ventre. Béance de l'orifice externe du col dont le canal est occupé par une tumeur molle, friable, qui saigne au toucher. Hystérectomie vaginale.

L'examen macroscopique montre le canal cervical occupé par une tumeur papillaire qui s'étendait jusqu'à l'orifice interne.

Cellules géantes sur la coupe, pas de bacilles.

XIV. — CAS DE HABY

(Monatschrift für Geb. und Gyn., 1907)

22 ans, pertes sanguines, vierge. Au toucher, tumeur du volume d'une petite pomme en forme de champignon. Au speculum, végétations molles, fongueuses, touffues, recouvertes de glaires tenaces, friables et saignantes. Diagnostic de sarcome. Biopsie. Curettage. Coupes au niveau des fongosités : enchevêtrement de papilles épithéliales et de glandes sinueuses. L'épithélium est de hauteur anormale. On découvre de loin en loin, dans l'entrelacement des glandes et du stroma un tubercule avec ou sans cellules géantes. Granulations tuberculeuses dans la paroi et la musculature du col.

XV. — CAS DE VON FRANQUE
(*Zeitschrift für Geb und Gyn.*, 1897)

Utérus enlevé pour cancroïde du col. Deux noyaux du volume d'une cerise constitués par les lésions de tuberculose au début. Pas d'autres manifestations tuberculeuses depuis trois ans.

XVI. — CAS DE RICHELOT
(*La Gynécologie*, 1905)

Multipare. Bon état. Col ulcéré, saignant, anfractueux, grisâtre. Diagnostic de tuberculose à la suite de biopsie par Cornil. Hystérectomie. Examen des pièces par Cornil : tuberculose d'origine hématique.

XVII. — CAS DE CROFT
(*Britisch Medical Journal*, 1902)

L'auteur produit une pièce au sujet de laquelle il explique que l'affection s'est développée dans la muqueuse cervicale de l'orifice interne et a abouti à produire une excroissance localisée, de forme papillaire (cervicite tuberculeuse papillaire).

Les coupes ont montré qu'il s'agit de lésions tuberculeuses typiques.

L'utérus et les trompes sont normaux.

XVIII. — CAS DE CAYLA
(*Thèse de Bordeaux*, 1912)

26 ans. Vient consulter pour pertes de sang qui durent depuis quatre ans. Réglée à 19 ans, depuis très

irrégulièrement, caillots. Il y a quatre ans petites hémorragies après le coït ou une promenade en voiture.

Examen : l'utérus et les annexes paraissent sains. Le col présente une ulcération qui se prolonge vers les culs-de-sac vaginaux; elle est très irrégulière, de coloration rouge et rappelle un épithélioma par sa dureté.

Biopsie : follicules tuberculeux nets et innombrables cellules géantes. Traitement : curettage de l'ulcération, thermo-cautérisation et héliothérapie avec un speculum de Fergusson.

Le poids augmente de 10 kilogrammes; la malade se sent très améliorée.

XIX. — CAS DE VISSEBERG

(*American Journal of Obstetrics*, 1908)

25 ans. Bons antécédents héréditaires et personnels. L'examen au speculum montre la portion vaginale du col couverte de végétations vasculaires.

On pense à un épithélioma et on se décide à l'intervention. Pendant l'opération des doutes viennent sur la nature des végétations. On dilate alors le col et on fit un curettage. Le corps et les annexes trouvés indemnes furent laissés en place. Amputation du col. Lésions tuberculeuses typiques. Pas de récidives.

XX. — CAS DE REMAILLY

(Observation du Service du Professeur HARTMAN)

26 ans. Perte de sang depuis son mariage. Pas d'an-

técédents personnels ou héréditaires suspects. Col ulcéré, surtout sa face externe jusqu'au point de réflexion du vagin. La masse qui le constitue est lobulée, rouge, ulcérée, bourgeonnante et saignante.

Hystérectomie vaginale. Suites opératoires normales. L'examen histologique confirme la nature tuberculeuse de la lésion.

XXI. — CAS DE POLOSSON ET VIOLET

*(Revue de Gynécologie
et de Chirurgie abdominale, 1906)*

45 ans, n'a pas eu d'enfants.

Au premier examen on porte le diagnostic de néoplasme inopérable. Fièvre. Amaigrissement.

Col bourgeonnant recouvert d'une tumeur étalée que l'ongle entame et fait saigner.

Hystérectomie. Examen histologique : nodules tuberculeux, cellules géantes.

XXII. — CAS DE KYNOCH

(British Medical Journal, 1903)

45 ans. Pertes de sang depuis trois mois.

Lèvre antérieure du col papillomateuse saignant facilement, présentant les caractères d'un sarcome ou d'un myome du col.

Biopsie : lésions atypiques.

Hystérectomie vaginale.

XXIII. — CAS DE SZENWIC

(*Ginekologia polska*, décembre 1936)

L'auteur rapporte un cas de tuberculose de la portion vaginale du col à forme papillomateuse et souligne la nécessité de l'examen histologique des végétations excisées. Le diagnostic clinique pouvait faire croire à un cancer et déterminer une opération radicale dangereuse.

Le traitement local est généralement efficace. Dans ce cas, l'auteur fit un curettage, appliqua de la teinture d'iode et les Rayons X.

XXIV. — CAS INEDIT

(Communiqué par le Docteur BACONNET)

34 ans, vient consulter pour stérilité. Mariée depuis sept ans, ne présente dans ses antécédents personnels qu'une pleurite gauche, survenue il y a trois ans. Cette affection n'était pas fébrile et n'a pas obligé la malade à cesser son travail.

Pas d'antécédents héréditaires tuberculeux. Réglée à 16 ans. Règles irrégulières, tous les trois mois environ, non douloureuses. Il y a deux ans, hémorragies de plusieurs jours guéries par le repos.

Il s'agit d'une femme de 80 kilogrammes et présentant depuis quelques mois une diminution de la durée de ses règles qui d'ailleurs sont très irrégulières; elle n'accuse aucune douleur abdominale ou lombaire, mais dit présenter depuis plusieurs mois quelques pertes blanches légèrement glaireuses.

Désolée de ne pas avoir d'enfants, mais fort occupée par son travail, elle n'a jamais consulté de médecin à ce sujet.

Le mari est bien portant. L'examen du sperme montre des spermatozoïdes nombreux et bien vivants. Il ne présente pas de lésions des organes génitaux.

Toucher : montre un col élastique renflé, non douloureux. Le corps utérin paraît normal, il n'est ni douloureux, ni dévié, ni adhérent. La mobilisation et l'étirement des ligaments utéro-sacrés sont indolores.

Examen au speculum : montre un polype muqueux faisant issu hors du col et long de 3 centimètres environ. Il présente tous les caractères macroscopiques du polype muqueux bénin; il est souple, lisse, ne saigne pas au toucher.

Le col est violacé et paraît tendu comme dans la métrite par rétention (col en barillet).

On décide alors d'enlever ce polype, d'explorer la cavité endo-cervicale et le corps utérin.

Après ablation du polype procident nous sommes surpris, en voulant coaguler sa base d'implantation, de découvrir une énorme quantité de végétations polypoïdes occupant la cavité endo-cervicale. Nous enlevons celles-ci à la curette et pratiquons une diathermo-coagulation forte de tout l'endocervix.

L'examen des néoformations montre que celles-ci sont identiques au polype procident, elles sont rosées, molles, lisses et donnent l'impression de polypes mu-

queux bénins. Devant leur abondance nous faisons un prélèvement pour examen histologique.

Examen histologique : Les coupes, après coloration à l'hématéine-éosine-safran montrent que les lésions sont constituées par des infiltrations inflammatoires du chorion de la muqueuse qui forme des sortes d'arborescences soulevant l'épithélium de surface, lequel reste normal, ainsi que les culs-de-sac glandulaires qui sont seulement distendus par un produit de sécrétion.

La réaction inflammatoire est assez polymorphe, sans caractéristiques dans la région de surface, mais, par contre, elle prend dans les régions un peu plus profondes une organisation nodulaire. Celle-ci est faite de cellules épithéloïdes et de cellules géantes, voire d'histiocytes qui ont tous une certaine tendance à la nécrobiose.

Le diagnostic histologique est celui de tuberculose.

Revue trois et six mois après la malade est en bonne santé, mais il persiste une sécrétion glaireuse extrêmement adhérente provenant de l'endocervix. De plus l'isthme utérin paraît détruit; le col et le corps communiquant largement par un orifice admettant le doigt.

Une hystéroscopie ne montre aucune lésion du corps utérin.

ETIOLOGIE — PATHOGENIE

La tuberculose du col utérin est une affection rare, et CORNIL, qui a particulièrement étudié cette localisation, ayant examiné systématiquement, pendant deux ans, le col des jeunes filles mortes de tuberculose, ne l'a jamais rencontré.

Influence de l'âge

La tuberculose du col utérin peut se rencontrer à tous les âges de la vie, mais le plus souvent c'est dans la période d'activité génitale que cette localisation présente le maximum de fréquence, entre 16 et 45 ans.

Les cas limites sont, pour CHATON, 3 ans et 75 ans, mais cela pour la tuberculose isolée ou non de la portion cervicale de l'utérus.

Influence des manifestations tuberculeuses antérieures

On retrouve presque toujours, dans les observations de tuberculose cervico-utérine, une atteinte tuberculeuse antérieure, parfois celle-ci est évidente, souvent elle peut passer inaperçue si on ne la recherche avec grand soin. Dans quelques cas, il n'existe aucun anté-

tédent suspect, tout au moins cliniquement décelable, ce qui pose chez ces malades la question de l'infection par voie ascendante.

Influence des traumatismes locaux

Il est exceptionnel de relever dans les antécédents de ces malades l'influence sur le développement de la lésion tuberculeuse génitale de traumatismes thérapeutiques, cautérisations du col, incisions, etc...

Il est pourtant possible qu'une ulcération métritique légère soit nécessaire pour expliquer la contamination par voie ascendante, qui paraît dans quelques cas incontestable.

La tuberculose primitive du col utérin peut, en effet, relever soit de l'infection ascendante muqueuse, soit de l'infection descendante artérielle, séreuse ou lymphatique. La voie muqueuse relèverait d'inoculation par instruments souillés, de coïts contaminants, le mari étant atteint de tuberculose épидидymo-testiculaire ou prostatique.

VERNEUIL, cité par CROLL, prétendait déjà que « la tuberculose génitale indépendante de la scrofule naît peut-être à la suite d'un coït ». FERNET dit « que les femmes ayant des rapports sexuels avec des hommes phthisiques deviennent elles-mêmes tuberculeuses et la localisation primitive de la maladie a lieu sur le bas-ventre ».

CALMETTE, résumant bien la question, dit : « L'infection génito-urinaire tuberculeuse est le plus sou-

vent d'origine hématogène, mais elle peut aussi résulter d'une contamination directe des muqueuses par les rapports sexuels ou l'introduction dans les organes génitaux de canules, de sondes ou de divers objets souillés de bacilles ».

Nous ne pensons pas, comme POPOFF, que la tuberculose se greffe le plus souvent sur un terrain déjà préparé par la blennorragie ou par un traumatisme obstétrical, la plupart des observations se rapportant à des vierges ou à des multipares indemnes de gonococcies.

Quant à la voie sanguine, elle est la plus fréquente; le foyer tuberculeux initial pouvant être d'ailleurs très difficile à mettre en évidence, mais il n'en reste pas moins vrai que la tuberculose primitive du col est surtout une tuberculose hématogène, l'épithélium stratifié du col opposant une barrière solide à la contamination directe.

SYMPTOMES

L'atteinte isolée du col utérin ne présente en elle-même aucun signe pathognomonique. Sa caractéristique est de simuler des lésions plus fréquentes et de ne pouvoir être affirmée que par l'examen histologique.

Pourtant, en examinant les observations existantes on peut mettre en évidence un faisceau de signes qui, sans être caractéristiques, peuvent mettre sur la voie du diagnostic.

C'est le plus souvent une multipare à la période d'activité génitale ayant déjà présenté des manifestations tuberculeuses et ayant une hérédité non indemne de tuberculose qui présente de vagues signes abdominaux, douleurs dans le bas-ventre, douleurs dans les reins, sensations de pesanteurs pénibles s'exaspérant le soir ou au moment des fatigues. Ces douleurs, ou plutôt ces sensations de gêne abdominale, ne s'accompagnant en général d'aucune atteinte de l'état général. La tuberculose isolée du col pouvant exister chez des sujets d'aspect floride (Obs. XXIV).

A l'interrogatoire la malade accuse le plus souvent des troubles du cycle œstral, les règles sont le plus souvent irrégulières, la malade n'étant réglée que tous les deux ou trois mois.

La puberté a d'ailleurs été en général tardive : 16 ans, 19 ans même, mais l'état général était bon.

Parfois des hémorragies surviennent durant quelques jours, et se calment par le repos; elles sont toujours indolores.

La leucorrhée est presque constante : elle consiste soit en pertes purulentes, soit le plus souvent en des pertes glaireuses, collantes, jaunâtres ou striées de sang, parfois « vert pistache » (POLOSSON et VIOLET). Quelquefois aussi elles sont d'odeur insupportable, mais cela est rare.

Somme toute, au point de vue fonctionnel, les signes les plus caractéristiques sont des troubles ovariens : puberté tardive, périodes d'aménorrhées inexplicables.

Mais ce sont les signes physiques qui mettent sur la voie du diagnostic. Ils sont différents suivant la forme qu'on rencontre; la tuberculose primitive du col pouvant se présenter sous trois formes (POZZI) :

- a) la forme ulcéreuse;
- b) la forme végétante;
- c) la forme miliaire.

A. — La forme ulcéreuse

L'ulcération est de dimension variable, d'une lentille à une pièce de 2 francs et plus, quelquefois très étendue, envahissant le vagin (MATHEWS).

Elle présente des bords déchiquetés, décollés parfois, mais le plus souvent à pic. Le fond est jaunâtre,

parfois granuleux, pâle ou purulent, souvent rouge vif ou rosé.

La muqueuse environnante est souvent rouge, enflammée, parfois intacte.

Cette ulcération est parfois très profonde, excavante; elle peut être soit exo, soit endocervicale et parfois occuper à la fois l'exo et l'endocervix.

Dans l'ensemble elle est molle et donne une impression spéciale par son aspect torpide, mais les bords peuvent être durs, semblables à ceux d'un épithélioma.

Dans certains cas cette forme paraît être secondaire à une forme interstitielle, à une véritable gomme tuberculeuse du col ouverte à l'intérieur ou à l'extérieur de celui-ci, donnant lieu à une ulcération à bords nets, taillés comme à l'emporte-pièce, laissant sourdre un liquide glaireux et sanguinolent.

B. — Forme végétante

Comprend deux variétés assez distinctes :

α) la forme papillaire polypoïde;

β) La forme fongueuse pseudo-néoplasique.

La forme papillaire peut être soit exo, soit le plus souvent endo-cervicale; elle consiste le plus souvent dans la réunion de nombreuses formations polypeuses simulant des polypes muqueux bourrant le col et par la suite s'extériorisant. Ces formations polypoïdes sont d'ailleurs d'aspect ne rappelant en rien les formations néoplasiques, elles sont lisses, ne saignent

pas au contact. Seule, leur abondance particulièrement importante peut orienter le clinicien vers le diagnostic de tuberculose.

Ces végétations papillaires s'accompagnent le plus souvent de pertes glaireuses extrêmement collantes, consistantes, gélatiformes, souvent translucides, ambrées, parfois légèrement sanglantes.

Après leur ablation, on voit qu'elles reposent sur une ulcération d'aspect rouge ou rosée ou à fond sanieux.

La forme fongueuse. — Simule le plus souvent un cancroïde du col, mais, contrairement à la forme ulcéreuse, l'ulcération est recouverte de fongosités rougeâtres, friables, saignantes au moindre contact; le fond est sanieux, parfois purulent, les bords sont anfractueux ou taillés à pic.

C. — La forme miliaire

N'est pas, en général, au niveau du col une tuberculose primitive et localisée, mais un épiphénomène accompagnant une tuberculose miliaire généralisée ou atteignant de multiples organes.

Dans quelques cas rares, on peut trouver, au niveau du col, des lésions miliaries dont Kynoch pense qu'elles correspondent au premier stade d'une tuberculose ulcéreuse; ceci est d'ailleurs loin d'être démontré.

Quelle que soit la forme envisagée, tous les moyens d'investigation devront être unis pour étayer un diagnostic correct.

La colposcopie, l'hystéroskopie et l'hystéroggraphie devront être pratiquées, de même que les épreuves biologiques : cutiréaction ou intradermo-réaction à la tuberculine, séro-floculation à la résorcine, etc...

Mais, le plus souvent, ces différentes recherches ne feront qu'orienter le diagnostic et ce n'est que l'examen histologique, la recherche du BK par l'examen direct ou l'inoculation au cobaye qui permettent une affirmation définitive.

EVOLUTION — PRONOSTIC

L'évolution de la tuberculose primitive et localisée du col est, en général, relativement bénigne si un traitement judicieux a été appliquée à son début.

Il n'en est pas de même si les lésions sont abandonnées à elles-mêmes, ou traitées trop tard, car bien que lentement évolutives, elles se propagent bien souvent au corps utérin et aux annexes par la voie lymphatique ou muqueuse; l'amélioration spontanée est infiniment rare, si toutefois elle existe.

Le pronostic de la tuberculose cervicale localisée est donc en général bon si une exérèse rapide ou tout autre traitement curatif lui est, dès son début, appliquée. Mais il est parfois fonction de l'état général des malades et de la présence d'autres lésions tuberculeuses concomitantes.

Somme toute, le pronostic dépend de la rapidité du diagnostic; malheureusement, cette lésion indolore et torpide n'attire, en général, que tardivement l'attention de la malade, qui ne se soumet à l'examen du médecin qu'à une période déjà avancée.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la localisation primitive de la tu-

berculose du col de l'utérus est un diagnostic d'exception et par cela même très difficile.

En fait, il est rarement fait cliniquement et seule l'histologie permet de l'affirmer.

En général, on se trouve soit en face d'une ulcération, soit en face de végétations polypeuses.

Dans le premier cas, on pense à un cancer; dans le second, aux lésions bénignes, aux polypes muqueux.

Pourtant, certains symptômes particuliers devraient dans certains cas, sinon permettre d'affirmer, mais tout au moins de soupçonner et de discuter la possibilité d'une tuberculose isolée du col.

On peut éliminer rapidement et sans presque de discussion les lésions caractéristiques : le chancre syphilitique, le chancre mou, les syphilides secondaires ou tertiaires, l'herpès, le sarcome du col.

En règle générale, le diagnostic pourra se discuter entre une ulcération tuberculeuse du col, un épithélioma ou une métrite ulcéreuse ou végétante (hypertrophie folliculaire végétante de Pozzi).

Pour différencier l'ulcération néoplasique, on se souviendra que celle-ci s'observe en général chez des femmes ayant dépassé la ménopause, qu'il existe des écoulements sanguins fétides, que l'ulcération repose sur une base indurée, qu'elle saigne facilement, se laisse entamer par l'ongle, que sa base de consistance cartonnée est située dans une infiltration diffuse pouvant arriver à fixer l'utérus dans les cas avancés.

La présence d'une ulcération déjà importante ne

s'accompagnant pas d'infiltration des paramètres de propagation à la vessie et au rectum, d'adhérences utérines, sont en faveur de la tuberculose du col.

Quant au diagnostic de la forme végétante et de l'hypertrophie folliculaire métritique de la métrite hyperplasique, il est presque impossible sans le secours de la biopsie.

En fait, le diagnostic de la tuberculose du col doit être envisagé quand, dans un cas de cancer ou de métrite, on est en présence de symptômes inhabituels ou de caractères macroscopiquement anormaux. L'histologie tranchera le diagnostic.

TRAITEMENT

La forme primitive de la tuberculose cervicale est justiciable, à son début, de traitements locaux conservateurs.

J.-L. FAURE recommande la cautérisation au thermo-cautère, d'autres auteurs des injections interstitielles de chlorure de zinc (?), d'autres la méthode de Bier ou les cautérisations iodées, l'application de nitrate d'argent, de formol, de rayons roëntgen.

Certains, comme CHATON, recommandent l'amputation haute du col. D'autres, avec BROUHA, DODER, LEIN, SCHAUTA, POZZI, l'hystérectomie, pensant qu'il est impossible d'apprécier l'extension de la tuberculose du col.

A l'heure actuelle, grâce au progrès de la technique gynécologique moderne, il est possible de savoir si la tuberculose est bien localisée au col; pour cela, on pratiquera, comme l'a fait BACONNET pour sa malade, une hystéroscopie et une hystérographie et lorsque l'on sera sûr que la tuberculose est bien localisée au col utérin, on détruira cette lésion. Pour cela, plusieurs moyens peuvent être employés.

- a) La diathermo-coagulation du col,
- b) Les caustiques chimiques,
- c) L'ablation chirurgicale.

La DIATHERMO-COAGULATION profonde paraît être le procédé de choix, on peut ainsi détruire sûrement et profondément la lésion et éviter les disséminations lymphatiques. Cette diathermo-coagulation devra être faite en bipolaire biactive pour éviter toute complication, elle doit être précédée d'un curettage des lésions en cas de végétations polypeuses. L'escharre tombe, en général, vers le quinzième jour et la plaie se cicatrise ensuite assez rapidement.

Quant aux CAUSTIQUES CHIMIQUES : néophylos ou pâte escharrotique de Phylos, nous n'en avons noté leur emploi dans aucune observation, bien que nous pensions qu'il serait légitime de les utiliser.

Le TRAITEMENT CHIRURGICAL peut être conservateur, l'ablation large ou économique du col peut être suivie de guérison, mais parfois des signes d'évolution rapide ou de propagation sur le corps utérin ou vers le vagin peuvent nécessiter l'hystérectomie d'emblée. Celle-ci sera le plus souvent vaginale, mais devra être abdominale et s'accompagner de l'ablation bi-latérale des annexes, si on a le moindre doute sur leur intégrité.

LE TRAITEMENT GÉNÉRAL devra toujours être associé au traitement local, l'antigène méthylique, l'iode, l'éther benzylcinnamique peuvent donner de bons résultats. Le séjour au grand air, dans un climat approprié, devra toujours être conseillé, ainsi que l'héliothérapie.

CONCLUSIONS

Bien que rare, si l'on se base sur le nombre d'observations connues, la tuberculose primitive du col est certainement plus fréquente qu'il est classique de le penser.

L'examen histologique systématique des pièces opératoires de cancer du col ou de métrite permettra, dans certains cas, de modifier le diagnostic primitif et de rapporter les lésions à la tuberculose.

Le diagnostic clinique est, en effet, le plus souvent très difficile, sinon impossible, sans le secours de l'examen histologique. La tuberculose du col simulant le plus souvent un épithélioma ou une lésion bénigne : métrite ulcéreuse ou polypeuse.

Cette localisation tuberculeuse peut survenir soit chez une malade présentant ou ayant présenté d'autres localisations de même nature, soit chez une femme indemne de tuberculose.

La tuberculose primitive du col est, le plus souvent, d'origine hématogène, bien qu'il existe certains

cas incontestables où elle paraît due à une inoculation directe au niveau du col.

Traitée à son début, la tuberculose du col utérin peut guérir par des moyens mineurs ; à un stade plus avancé, elle relève de l'ablation chirurgicale.

Vu :

LE DOYEN :
TIFFENEAU.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :
MONDOR.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
ROUSSY.

